Versión en Español

2006

MIHA

Maternal and Infant Health Assessment

Evaluación de la Salud Materna e Infantil

"Para madres y bebés más sanos"

Centro de Estudios y Encuestas • Universidad de California en Berkeley

Sabemos que usted está muy ocupada en esta época. ¡Gracias por su ayuda!

Por favor, llene la encuesta de la siguiente manera:

- Por favor, trate de contestar todas las preguntas.
- La mayoría de las preguntas se contestan marcando un cuadro o escribiendo un número o algunas palabras sobre una línea.
- Nunca marque más de un cuadro, a menos que se le indique **"Por favor marque todas las respuestas apropiadas".**
- A veces, le pidemos que se salte una pregunta. Una pequeña flecha le indicará cuál es la siguiente pregunta que deberá contestar, por ejemplo: .

  ☒ Sí → **Pase a la pregunta 1** ☐ No

- Si ninguna de las respuestas es la correcta para usted, por favor marque la que le parezca mejor. Si puede, por favor escríbanos una nota con más información.
- Si necesita ayuda con el cuestionario o si quisiera completarlo por teléfono, llame a Toni Clark (la llamada es gratis), al **1-800-342-9229**.

La última página del cuestionario le pide su dirección para que podamos enviarle un cheque de **$10** para darle las gracias. No olvide llenar esa página. Luego, por favor envíenos el cuestionario por correo en el sobre que incluimos. No necesita ponerle timbres postales.

Por favor, lea esta información antes de empezar

- Puede decidir si desea participar o no.
- Sus respuestas son confidenciales.
- El que conteste o no conteste las preguntas del cuestionario **no** afectará la atención médica ni los beneficios que usted pudiera recibir.
- Usted puede saltarse las preguntas que no quiera contestar.
- Si usted tiene alguna pregunta, puede llamar a Toni Clark (la llamada es gratis), al **1-800-342-9229.**

¡Muchas gracias!

INTRODUCCIÓN

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?

   _____ _____, _____
   mes día año

2. ¿Cuándo nació su último bebé?

   _____ _____, _____
   mes día año

   A este nacimiento lo llamaremos su ÚLTIMO PARTO o EMBARAZO.

3. **Sin contar su último parto**, ¿tuvo usted algún bebé que pesó menos de 5 libras, 8 onzas (2 kilos) al nacer?

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

4. **Sin contar su último parto**, ¿tuvo usted algún bebé que nació prematuramente (antes de alcanzar las 37 semanas de embarazo)?

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

5. **Poco antes del embarazo de su último parto**, ¿tenía usted un doctor, enfermera o clínica adonde generalmente iba cuando quería recibir atención médica?

   [1] ❑ Sí
   [2] ❑ No

6. **Poco antes de quedar embarazada**, ¿estaba tomando usted multivitaminas o ácido fólico?

   [1] ❑ Sí, las tomaba todos los días o casi todos los días
   [2] ❑ Sí, las tomaba a veces
   [3] ❑ No, nunca tomé multivitaminas o ácido fólico poco antes de quedar embarazada

7. A. **Poco antes de quedar embarazada** ¿cuánto pesaba usted?

   _____ libras **O** _____ kilos

   B. ¿Cuántas libras o kilos aumentó **durante su último embarazo**?

   _____ libras **O** _____ kilos

8. ¿Cuánto mide usted de altura sin zapatos?

   _____ pies y _____ pulgadas

   O _____ metros y _____ centímetros

9. A. ¿Cómo calificaría usted su salud **poco <u>antes</u> de quedar embarazada**?

   [1] ❑ Excelente
   [2] ❑ Buena
   [3] ❑ Regular
   [4] ❑ Mala

   B. ¿Cómo calificaría usted su salud **<u>durante</u> su último embarazo**?

   [1] ❑ Excelente
   [2] ❑ Buena
   [3] ❑ Regular
   [4] ❑ Mala

10. Aproximadamente, ¿cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando se sintió segura de que estaba embarazada? (Por ejemplo, usted se hizo una prueba para el embarazo en su hogar, un doctor o una enfermera le dijo que estaba embarazada, o simplemente estaba segura de ello.)

    _____ semanas **O** _____ meses

11. Durante su último embarazo, ¿le informó a usted algún doctor, enfermera o partera que usted tenía alguno de los siguientes problemas de salud?

	Sí	No
A. Presión arterial alta (hipertensión)	[1]❑	[2]❑
B. El azúcar en la sangre elevada (diabetes).....	❑	❑
C. Asma	❑	❑
D. Infección del riñón o de la vejiga (de las vías urinarias)	❑	❑

12. Tuvo usted algunos de estos otros problemas de salud durante su último embarazo?

	Sí, tuve ese problema	No, no tuve ese problema
A. Dolores de parto más de 3 semanas antes de la fecha estimada de su parto (dolores antes de tiempo o prematuros)	[1]❑	[2]❑
B. Se le rompió la fuente más de 3 semanas antes de la fecha estimada de su parto (ruptura prematura de las membranas).....	❑	❑
C. Pre-eclampsia, eclampsia o toxemia.....	❑	❑
D. Problemas con la placenta (como desprendimiento de la placenta, placenta previa, placenta baja)	❑	❑
E. Le tuvieron que coser el cuello del útero para cerrarlo (cerclaje, cervix incompetente).....	❑	❑
F. Otro problema de salud..... (**Por favor díganos:** _____ _____)	❑	

13. Esta es una lista de algunos problemas dentales o de la boca de que pueden padecer las mujeres. Para cada uno, por favor díganos si usted tuvo alguno de estos problemas durante su embarazo.

	Sí, tuve ese problema	No, no tuve ese problema
A. Me dió dolor de muelas	[1]❑	[2]❑
B. Se me aflojó un diente o una muela	❑	❑
C. Me sangraron mucho las encías	❑	❑
D. Tuve encías adoloridas, rojas, o inflamadas.....	❑	❑
E. Me salieron caries dentales que requerían tratamiento	❑	❑
F. Me sacaron una muela o un diente	❑	❑
G. Otro problema..... (**Por favor, díganos:** _____)	❑	

14. Durante su último embarazo, ¿fue usted al dentista o a una clínica dental?

[1]❑ Sí ⟶ **Pase a la pregunta 16**

[2]❑ No

15. Cuál fue la razón PRINCIPAL por la que no fue al dentista o a la clínica dental? (**Por favor, marque una solamente.**)

[1]❑ No necesitaba ir

[2]❑ No se me ocurrió hacerlo

[3]❑ No tenía seguro dental o costaba demasiado

[4]❑ No me gusta ir al dentista

[5]❑ Yo estaba muy ocupada

[6]❑ Mi doctor o enfermera me dijo que no fuera al dentista durante el embarazo.

[7]❑ Alguien en la oficina de mi dentista me dijo que esperara hasta después del embarazo.

[8]❑ Leí o escuché que no es seguro ir al dentista durante el embarazo.

[9]❑ Otro (**Por favor díganos**: _____)

16. A. Cuando usted quedó embarazada en relación con su parto más reciente, ¿estaba usted

utilizando algún método anticonceptivo para evitar el embarazo, como, por ejemplo, condones, píldoras anticonceptivas, inyecciones, retiro, el ritmo u otro método?

[1]❑ Sí
[2]❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 17 abajo**

B. ¿Qué método anticonceptivo estaba usando usted cuando quedó embarazada? (Si estaba utilizando más de uno, indique el método PRINCIPAL.) (**Por favor, marque uno solamente.**)

[1]❑ Condones
[2]❑ Píldora anticonceptiva (la píldora)
[3]❑ Retiro (coito interrumpido)
[4]❑ Ritmo (método del calendario)
[5]❑ Otro (**Por favor díganos:** _____)

C. Cuando quedó embarazada, ¿había estado utilizando un método anticonceptivo todo el tiempo o algunas veces?

[1]❑ Todo el tiempo
⟶ **Pase a la pregunta 19 en la próxima página**

[2]❑ Algunas veces

17. Si no estaba usando siempre un método anticonceptivo, ¿se debió eso a que quería quedar embarazada o tenía usted alguna otra razón?

[1]❑ Quería quedar embarazada
⟶ **Pase a la pregunta 19 en la próxima página**

[2]❑ Alguna otra razón

18. Esta es una lista de razones por las cuales una mujer podría no usar siempre un método anticonceptivo para evitar el embarazo. Para cada una de ellas, por favor díganos si fue una de sus razones.

	Sí, fue una razón	No, no fue una razón
A. No pensé que iba a tener relaciones sexuales.....	[1]❑	[2]❑
B. No pensé que pudiera quedar embarazada	❑	❑
C. Se me acabó el anticonceptivo que usaba.....	❑	❑
D. Algunas veces se me olvidaba usar o tomar mi anticonceptivo	❑	❑
E. No pude obtener una cita para conseguir el anticonceptivo cuando lo necesitaba	❑	❑
F. El anticonceptivo me producía efectos secundarios o yo temía que me causara efectos secundarios	❑	❑
G. Temía que los anticonceptivos fueran dañinos para mi salud.....	❑	❑
H. Mi esposo o pareja no quería utilizar un control anticonceptivo	❑	❑
I. No tenía dinero para pagar los anticonceptivos o mi seguro no los cubría.....	❑	❑
J. Si quedaba embarazada me parecía bien	❑	❑
K. No tenía una razón especial, solamente no usaba anticonceptivos	❑	❑
L. Alguna otra razón	❑	

(**Por favor díganos:** _____
_____)

19. Ahora, tenemos algunas preguntas sobre el cuidado prenatal. "Cuidado prenatal" significa atención médica durante el embarazo.

¿Recibió usted algún tipo de cuidado prenatal durante su último embarazo? (Sin contar una visita hecha solamente para obtener una prueba de embarazo.)

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

20. Aproximadamente, ¿cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando intentó por vez primera obtener una cita para recibir cuidado prenatal? (Sin contar una cita hecha solamente para obtener una prueba de embarazo.)

_____ semanas **O** _____ meses
[x] ❑ Nunca intenté de hacer una cita para recibir cuidado prenatal

21. Y, aproximadamente, ¿cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando obtuvo su primera visita para recibir cuidado prenatal? (Sin contar una visita hecha solamente para obtener una prueba de embarazo.)

_____ semanas **O** _____ meses
[x] ❑ Nunca recibí cuidado prenatal

22. ¿Recibió cuidado prenatal tan pronto como lo quiso durante su embarazo?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No
[3] ❑ No quería recibir cuidado prenatal

23. En términos generales y en su opinión, ¿qué importancia tenía para las personas más cercanas a usted que recibiera cuidado prenatal durante su último embarazo?

[1] ❑ Muy importante
[2] ❑ Algo importante
[3] ❑ No muy importante
[4] ❑ Nada importante
[5] ❑ No estoy segura

24. A. Durante algunas de sus consultas prenatales, ¿le preguntó algún doctor, enfermera u otro personal de salud, si estaba bien que se le hiciera una prueba VIH (HIV) o sea del virus que causa el SIDA (AIDS)?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No
[3] ❑ Nunca recibí cuidado prenatal
[4] ❑ No recuerdo/No estoy segura

B. ¿En algún momento durante su último embarazo o parto le hicieron una prueba del VIH (el virus que causa el SIDA)?

[1] ❑ Sí → **Pase a la pregunta 25**
[2] ❑ No
[3] ❑ No me acuerdo

C. Éstas son algunas de las razones por las que a algunas mujeres no se les hace la prueba del VIH durante el embarazo. Por favor, díganos si alguna de estas razones fue el motivo por el que no le hicieron la prueba del VIH durante su último embarazo.

	Sí, fue una de las razones	No, no fue una de las razones
a. No me ofrecieron hacerme la prueba	[1] ❑	[2] ❑
b. Pensaba que no tenía el VIH.....	❑	❑
c. Me hice la prueba del VIH antes de quedar embarazada y pensé que no necesitaba hacérmela otra vez.....	❑	❑
d. Quise hacerme la prueba, pero tuve problemas para lograrlo.	❑	❑
e. No estaba segura de querer saber el resultado	❑	❑
f. Otra ..... (**Por favor díganos:** _____)	❑	

25. A. Durante su embarazo, ¿le ofreció algún doctor, enfermera o partera hacerle una prueba

para saber si su bebé pudiera tener un defecto congénito? (Pruebas para defectos congénitos incluyen la AFP extendida, la amniocentesis, el análisis del vello coriónico [CVS], o alguna otra prueba.)

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No → **Pase a la pregunta 27**
[3] ❑ No recuerdo/No estoy segura

B. ¿Eligió hacerse una prueba para detectar defectos congénitos?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No → **Pase a la pregunta 26**

C. ¿Qué prueba se hizo? **Marque todas las respuestas apropiadas.**

[1] ❑ La AFP extendida
[2] ❑ Amniocentesis (amnio)
[3] ❑ Análisis del vello coriónico (CVS)
[4] ❑ NT, translucencia nucal
[5] ❑ Otra (**Por favor díganos**: _____)
[6] ❑ Quise hacerme la prueba pero tuve problemas para lograrlo
[7] ❑ No estoy segura

→ **Ahora pase a la pregunta 27**

26. ¿Porqué decidió no hacerse una prueba? **Marque todas las respuestas apropiadas.**

[a] ❑ Temía hacerle daño al bebé
[b] ❑ No quería saber los resultados
[c] ❑ Mi pareja o mi familia no quería que me hiciera una prueba
[d] ❑ No hubiera hecho nada diferente si hubiera sabido que mi bebé tenía un defecto
[e] ❑ Otro (**Por favor díganos:** _____)

27. Ahora, tenemos algunas preguntas sobre sus sentimientos y experiencias poco antes o durante su embarazo.

A. Piense en el momento poco antes de quedar embarazada, ¿cómo se sentía respecto al hecho de quedar embarazada?

[1] ❑ Quería quedar embarazada en ese momento
→ **Pase a la pregunta 28 en la próxima página**

[2] ❑ Quería quedar embarazada más adelante

[3] ❑ No quería quedar embarazada en ese momento ni en el futuro
→ **Pase a la pregunta 28 en la próxima página**

[4] ❑ No estaba segura de lo que quería
→ **Pase a la pregunta 28 en la próxima página**

B. ¿Como cuánto tiempo más quería esperar hasta quedar embarazada?

[1] ❑ De 1 a 12 meses
[2] ❑ De 13 a 24 meses (entre 1 y 2 años)
[3] ❑ De 2 a 5 años
[4] ❑ Más de 5 años
[5] ❑ No estaba segura

28. ¿Y cómo se sintió cuando se enteró de que realmente estaba embarazada?

[1] ❑ Muy contenta
[2] ❑ Algo contenta
[3] ❑ Algo infeliz
[4] ❑ Muy infeliz
[5] ❑ No estaba segura de lo que sentía

29. A. Durante su embarazo, ¿ha tenido usted alguna vez un período de 2 semanas o más cuando se sentía triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

B. Durante su embarazo, ¿ha tenido usted alguna vez un período de 2 semanas o más cuando perdió interés en la mayoría de las cosas que normalmente disfrutaba (como el trabajo, los pasatiempos o las relaciones personales)?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

30. A. Durante su embarazo, ¿ le preguntó algún doctor, enfermera o partera si se sentía triste, vacía o deprimida?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No
[3] ❑ No me acuerdo

B. Durante su embarazo, ¿ le recomendó algún doctor, enfermera o partera acudir a un/a consejero/a que ayuda a las personas que se sienten tristes, vacías o deprimidas?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

31. A. Durante su embarazo, ¿tenía alguien a quien recurrir en caso de necesitar ayuda práctica, como para ir a algún sitio o ayudarle a cocinar o a hacer las compras?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

B. Durante su embarazo, ¿tenía a alguna persona a quien recurrir para que la consolara o escuchara?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

32. Éstas son algunas de las cosas que pueden ocurrirle a algunas mujeres durante el embarazo. Por favor, díganos si le ocurrió alguna de estas cosas durante su último embarazo.

	Sí	No
A. Un familiar cercano estaba muy enfermo y tuvo que ser hospitalizado	1❑	2❑
B. Me separé o divorcié de mi pareja	❑	❑
C. Me mudé a una nueva dirección	❑	❑
D. No tenía donde vivir (por ejemplo, tenía que dormir afuera, en un auto o en un refugio para personas sin hogar)	❑	❑
E. Mi esposo o pareja perdió su trabajo	❑	❑
F. Perdí mi trabajo, aunque quería seguir trabajando	❑	❑
G. Discutí con mi esposo o pareja más de lo normal	❑	❑
H. Mi esposo o pareja me dijo que no quería que estuviera embarazada	❑	❑
I. Tenía muchas cuentas que no podía pagar	❑	❑
J. Tuve una pelea física	❑	❑
K. Mi pareja o yo estuvimos en la cárcel`	❑	❑
L. Alguien muy cercano a mí tuvo un problema serio con bebidas alcohólicas o con drogas	❑	❑
M. Alguien muy cercano a mí murió	❑	❑

Las siguientes preguntas tratan sobre las relaciones entre parejas. Por "pareja" entendemos a su esposo o novio *actual* o *anterior*. Recuerde que toda la información de esta encuesta es completamente confidencial.

33. A. Durante su último embarazo, ¿tuvo temor por la seguridad de usted, de su familia o de sus amistades debido a la ira o amenazas de su pareja?

1❑ Sí
2❑ No

B. Durante su último embarazo, ¿trató su pareja de controlar la mayoría de sus actividades diarias? Por ejemplo, controlar con quién hablaba usted o adonde podía ir.

1❑ Sí
2❑ No

34. A. Durante su último embarazo, ¿su pareja la empujó, le pegó, la abofeteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de alguna manera?

1❑ Sí
2❑ No

B. Durante los 12 meses anteriores a su embarazo, ¿su pareja la empujó, pegó, la abofeteó, pateó, estranguló o lastimó físicamente de alguna manera?

1❑ Sí
2❑ No

35. A. ¿Ha fumado usted algún cigarrillo en los últimos 2 años?

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No → **Pase a la pregunta 36 abajo**

B. Durante los *primeros* 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día normal? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos)

_____ cigarrillos **O** ____ cajetilla(s)

[1] ❑ Menos de un cigarrillo al día

[2] ❑ No fumé nunca durante los primeros 3 meses de mi embarazo

C. Durante los *últimos* 3 meses de su embarazo, ¿cuántos cigarrillos o cajetillas de cigarrillos fumaba en un día normal? (Una cajetilla contiene 20 cigarrillos)

_____ cigarrillos **O** ____ cajetilla(s)

[1] ❑ Menos de un cigarrillo al día

[2] ❑ No fumé nunca durante los últimos 3 meses de mi embarazo

36. Las siguientes preguntas son sobre el consumo de bebidas alcohólicas. Una bebida alcohólica es un vaso de vino, un refresco con vino (*wine cooler*), una lata o botella de cerveza, un trago de licor o una bebida alcohólica mixta.

A. ¿Ha tomado usted alguna bebida alcohólica en los últimos 2 años?

[1] ❑ Sí

[2] ❑ No → **Pase a la pregunta 37 en la próxima página**

B. Durante su último embarazo (inclusive antes de que usted tuviera la seguridad de estar embarazada), ¿cuántas veces tomó 4 ó más bebidas alcohólicas **en una sola ocasión**?

_____ veces

[1] ❑ No tomé 4 ó más bebidas alcohólicas en una sola ocasión

C. Durante los *primeros* 3 meses de su embarazo, aproximadamente, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba **en una semana normal**?

[1] ❑ No tomé en lo absoluto durante los primeros 3 meses de mi embarazo

[2] ❑ Menos de una bebida a la semana

[3] ❑ De 1 a 3 a la semana

[4] ❑ De 4 a 6 a la semana

[5] ❑ 7 o más bebidas a la semana

D. Durante los últimos 3 meses de su embarazo, aproximadamente, ¿cuántas bebidas alcohólicas tomaba **en una semana normal**?

[1] ❑ No tomé en lo absoluto durante los últimos 3 meses de mi embarazo

[2] ❑ Menos de una bebida a la semana

[3] ❑ De 1 a 3 a la semana

[4] ❑ De 4 a 6 a la semana

[5] ❑ 7 o más bebidas a la semana

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre su seguro médico durante el embarazo.

37. Durante su último embarazo, ¿tenía usted Medi-Cal (o algún seguro o plan de salud pagado por Medi-Cal)?

[1]❑ Sí

[2]❑ No → **Pase a la pregunta 40 abajo**

38. ¿Tenía usted Medi-Cal (o un seguro o plan de salud pagado por Medi-Cal) antes de quedar embarazada?

[1]❑ Sí → **Pase a la pregunta 42 en la próxima página**

[2]❑ No

39. A. ¿Cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando *solicitó* Medi-Cal por primera vez?

_____ semanas **O** _____ meses

B. Y, aproximadamente, ¿cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando sabía que tenía Medi-Cal (o un plan de salud pagado por Medi-Cal)?

_____ semanas **O** _____ meses

→ **Ahora pase a la pregunta 41**

40. A. ¿Intentó solicitar Medi-Cal en cualquier momento durante este embarazo?

[1]❑ Sí

[2]❑ No → **Pase a la pregunta 42 en la próxima página**

B. ¿Cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando *intentó* solicitar por primera vez Medi-Cal?

_____ semanas **O** _____ meses

41. Esta es una lista de algunos problemas que la gente puede tener al solicitar Medi-Cal. Para cada uno, por favor díganos si usted tuvo ese problema.

	Sí, tuve ese problema	No, no tuve ese problema
A. No sabía cómo ni adonde ir para solicitar Medi-Cal	[1]❑	[2]❑
B. Tuve problemas para poder hablar por teléfono con Medi-Cal o con una trabajadora de Medi-Cal	❑	❑
C. El personal de Medi-Cal con quien hablé fue descortés o no me ayudó mucho.....	❑	❑
D. No tenía cómo transportarme a la oficina de Medi-Cal	❑	❑
E. Fue difícil llenar todos los formularios o conseguir todos los documentos que necesitaba.....	❑	❑
F. Temía que quizás tuviera que pagar dinero a Medi-Cal después.....	❑	❑
G. Temía que al solicitar Medi-Cal podría crear problemas después para hacerme residente permanente o ciudadana, o para traer a familiares a los Estados Unidos	❑	❑
H. Algún otro problema.....	❑	

(**Por favor díganos:** _____

_____

_____)

42. A. Durante su último embarazo, ¿estaba usted cubierta por algún seguro privado u otro plan de salud que cubra el cuidado prenatal? Por favor, no incluya Medi-Cal ni ningún plan de salud pagado por Medi-Cal.

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No → **Pase a la pregunta 43 abajo**

B. ¿Cómo se llamaba ese seguro privado o plan de salud?

_____

C. ¿Empezó esa cobertura antes o después de que usted quedó embarazada?

[1] ❑ Antes → **Pase a la pregunta 43 abajo**
[2] ❑ Después

D. Aproximadamente ¿cuántas semanas **o** meses de embarazo tenía usted cuando empezó esa cobertura?

_____ semanas **O** _____ meses

Ahora, tenemos algunas preguntas sobre su atención médica desde su último parto.

43. En este momento, ¿está usted cubierta por Medi-Cal, por un seguro privado, o por algún otro plan de salud para su propia atención médica?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

44. A. Desde su último parto, ¿hubo algún momento en que usted necesitó consultar a un doctor o enfermera para recibir atención médica para sí misma pero no lo hizo porque no podía pagarla?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

B. Desde su último parto, ¿tuvo usted un examen de post-parto (el examen médico que se hace aproximadamente 6 semanas después de que una mujer da a luz)?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

45. A. Desde su último parto, ¿le ha hablado algún doctor, enfermera u otro personal de salud, acerca del uso de contraceptivos para evitar el embarazo?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No
[3] ❑ No recuerdo

B. Ahora mismo, ¿cuál es el método anticonceptivo PRINCIPAL que usted está utilizando para evitar el embarazo (si es que usted esta usando alguno)? (**Por favor marque uno solamente.**)

[1] ❑ Ningún método
[1] ❑ Abstinencia/No tener relaciones sexuales
[1] ❑ Píldoras o parche anticonceptivo
[1] ❑ Condones
[1] ❑ Esterilización femenina (ligadura de tubos, histerectomía)
[1] ❑ Esterilización masculina (vasectomía)
[1] ❑ Inyecciones (Depo-Provera, Lunelle)
[1] ❑ Retiro (coito interrumpido)
[1] ❑ Ritmo (método del calendario)
[1] ❑ Otro (**Por favor díganos**: _____)
[1] ❑ Estoy actualmente embarazada

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TRATAN DE SU ÚLTIMO PARTO.

(Nota: si tuvo mellizos o trillizos, por favor conteste las siguientes preguntas sobre el bebé que nació primero.)

46. ¿Está su bebé vivo ahora?

[1] ☐ Sí

¿Está viviendo con usted ahora?

[1] ☐ Sí → **Siga con la pregunta 47**

[2] ☐ No → **Pase a la pregunta 55 en la página 13**

[2] ☐ No → **Por favor, acepte nuestro más sincero pésame**

¿Cuándo murió su bebé?

_____ _____, _____
(mes) (día) (año)

→ **Por favor pase a la pregunta 55 en la página 13**

47. A. En este momento, ¿está su bebé cubierto por Medi-Cal, por un seguro privado o algún plan de salud para recibir atención médica?

[1] ☐ Sí

[2] ☐ No, mi bebé no está asegurado
→ **Pase a la pregunta 48 abajo**

[3] ☐ No sé
→ **Pase a la pregunta 48 abajo**

B. ¿Qué tipo de seguro o cobertura tiene su bebé?

[1] ☐ Medi-Cal
[2] ☐ Un plan de salud pagado por Medi-Cal
[3] ☐ Un seguro privado
[4] ☐ El Programa de Healthy Families (Familias Saludables)
[5] ☐ Otro (**Por favor díganos:** _____
_____)

C. Aproximadamente, ¿cuántas semanas o meses de edad tenía su bebé cuando empezó su cobertura de Medi-Cal, su seguro privado, el programa de Healthy Families u otro plan de salud?

[x] ☐ La cobertura de mi bebé empezó desde que nació

_____ semanas **O** _____ meses

48. Desde que nació su nuevo bebé, ¿hubo algún momento cuando su bebe necesitaba recibir atención médica pero no la obtuvo porque usted no podía pagarla?

[1] ☐ Sí
[2] ☐ No

49. En las primeras dos horas después del nacimiento de su bebé, ¿por cuánto tiempo estuvo en contacto el pecho desnudo de su bebé con su propio pecho desnudo?

- [1] ❑ En ningún momento
- [2] ❑ Menos de 15 minutos
- [3] ❑ De 15 a 30 minutos
- [4] ❑ De 30 minutos a 1 hora
- [5] ❑ De 1 a 2 horas

50. Desde que nació su nuevo bebé, ¿ le ha dado usted pecho alguna vez (aunque fuera una sola vez)?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 54**

51. A. Después del nacimiento de su bebé, ¿cuál fue el menor tiempo que pasó antes de que usted tratara de darle pecho por primera vez?

- [1] ❑ Menos de 1 hora después del nacimiento
- [2] ❑ De 1 a 2 horas después del nacimiento
- [3] ❑ De 2 a 6 horas después del nacimiento
- [4] ❑ Más de 6 horas después del nacimiento

B. Por favor díganos por qué le dio pecho en ese momento.

- [1] ❑ Yo deseaba darle pecho o mi bebé quería que le diera pecho en ese momento
- [2] ❑ El personal del hospital me sugirió que le diera pecho a mi bebé en ese momento
- [3] ❑ Por ambas razones
- [4] ❑ Por otra razón (**Por favor díganos**:

_____)

52. A. Cuando su bebé tenía dos días de nacido, ¿cómo lo alimentaba?

- [1] ❑ Solamente leche de pecho
- [2] ❑ Leche de pecho y fórmula
- [3] ❑ Solamente fórmula

B. Cuando su bebé tenía dos meses, ¿cómo lo alimentaba?

- [1] ❑ Solamente leche de pecho
- [2] ❑ Mayormente leche de pecho
- [3] ❑ Solamente fórmula
  ⟶ **Pase a la pregunta 53**
- [4] ❑ Mayormente fórmula
- [5] ❑ Otro (**Por favor, díganos:**

_____)

C. ¿Todavía le está dando pecho a su bebé?

- [1] ❑ Sí ⟶ **Pase a la pregunta 54**
- [2] ❑ No

53. ¿Qué edad tenía su bebé cuando dejó de darle pecho?

_____ días **O** _____ semanas **O**

_____ meses

54. Generalmente, ¿cómo acuesta usted a su bebé para que duerma? **Marque sólo una respuesta.**

- [1] ❑ De costado
- [2] ❑ Boca arriba
- [3] ❑ Boca abajo

OTRAS PREGUNTAS

Las siguientes preguntas nos dan una idea general de los diferentes antecedentes de las personas que participan en esta encuesta importante. Repetimos, recuerde por favor que toda la información de esta encuesta es completamente confidencial.

55. A. ¿A qué grupo étnico o racial considera que pertenece usted? **Por favor marque todas las respuestas apropiadas.**

- [1] ❑ Afroamericano, negro, o africano
- [2] ❑ Indio americano, nativo de América, esquimal o aleuta
- [3] ❑ Asiático, Asiático-Americano o Indígena de Oceanía (Chino, Filipino, Japonés, Coreano, Vietnamita, o gente de la India o de otro país asiático)
- [4] ❑ Latino, hispano, chicano, mexicano o mexicano-americano, centroamericano, u otro latinoamericano
- [5] ❑ Blanco, caucásico, o europeo (incluyendo a personas de España o del Oriente medio.)
- [6] ❑ Algún otro grupo (**Por favor díganos:** _____)

B. Si elige a más de un grupo, por favor escriba el nombre del grupo con el que usted **más** se identifica:

Me identifico más con: _____

- [x] ❑ Me identifico por igual con todos los grupos que he marcado

56. A. ¿En qué país nació usted?

- [1] ❑ Estados Unidos→ **Pase a la pregunta 57**
- [2] ❑ Otro país (¿**Cuál país?** _____)

B. ¿En qué año empezó a vivir en los Estados Unidos? _____

60. **Cuando nació su bebé**, ¿cuál era su estado civil?

57. ¿Qué idioma por lo regular habla en casa? Si habla más de un idioma, por favor elija el que usa con **mayor** frecuencia.

- [1] ❑ Inglés
- [2] ❑ Español
- [3] ❑ Inglés y español por igual
- [4] ❑ Idioma asiático (**Por favor díganos:** _____)
- [5] ❑ Algún otro idioma (**Por favor díganos:** _____)

58. ¿Cuál es el más alto grado o año escolar que ha terminado?

- [1] ❑ Nunca fui a la escuela
- [2] ❑ Primaria (completada or no completada)
- [3] ❑ Asistí algún tiempo a la escuela secundaria, pero no me gradué
- [4] ❑ Secundaria o preparatoria (High School o GED)
- [5] ❑ Asistí algún tiempo a la universidad o "junior college," pero no me gradué de la universidad
- [6] ❑ Me gradué de la universidad

59. Recuerde con quién vivía usted cuando tenía 13 años de edad, ¿cuál fue el grado o año escolar más alto que su madre, su padre o su tutor/a completó? **Si usted vivió con más de una de estas personas, por favor responda indicando a la persona con el mayor nivel de estudios.**

- [1] ❑ Nunca asistió a la escuela
- [2] ❑ Primaria (completada o no completada)
- [3] ❑ Asistió algún tiempo a la escuela secundaria, pero no se graduó
- [4] ❑ Se graduó de la secundaria o de preparatoria
- [5] ❑ Asistió algún tiempo a la universidad o "junior college," pero no se graduó de la universidad
- [6] ❑ Se graduó de la universidad
- [7] ❑ No sé

[1] ❑ Casada
[2] ❑ Vivía con alguien como si estuviéramos casados pero no estábamos legalmente casados
[3] ❑ Separada, divorciada, o viuda
[4] ❑ Soltera (nunca casada)

61. Aquí tenemos algunas frases que la gente usa para describirse. ¿Hasta qué punto está usted de acuerdo o en desacuerdo que estas frases la describen a usted?

	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	En fuerte desacuerdo
A. Realmente no hay cómo resolver ciertos problemas que tengo	[1] ❑	[2] ❑	[3] ❑	[4] ❑
B. Algunas veces siento que los demás dirigen mi vida	❑	❑	❑	❑
C. Tengo poco control sobre las cosas que me pasan	❑	❑	❑	❑
D. Puedo hacer casi cualquier cosa si me decido a hacerla	❑	❑	❑	❑
E. Muchas veces me siento inútil para enfrentar los problemas de la vida	❑	❑	❑	❑
F. Lo que me pase en el futuro depende mayormente de mí	❑	❑	❑	❑
G. Es muy poco lo que puedo hacer para cambiar muchas de las cosas importantes en mi vida	❑	❑	❑	❑

Las siguientes preguntas tratan del período de tiempo después del nacimiento de su nuevo bebé.

62. A. Después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tenido usted alguna vez un período de 2 semanas o más cuando se sentía triste, vacía o deprimida durante la mayor parte del día?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

B. Después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿ha tenido usted alguna vez un período de 2 semanas o más cuando perdió interés en la mayoría de las cosas que normalmente disfrutaba (como el trabajo, los pasatiempos o las relaciones personales)?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

C. Después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿le ha preguntado a usted alguna vez un doctor, una enfermera o una partera si usted se sentía triste, vacía o deprimida?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No
[3] ❑ No recuerdo

D. Después del nacimiento de su nuevo bebé, ¿le ha recomendado a usted algún doctor, enfermera o partera que obtenga el consejo de un profesional que ayuda a la gente que se siente triste, vacías o deprimida?

[1] ❑ Sí
[2] ❑ No

Ahora, tenemos solamente algunas preguntas más sobre alimentos o asuntos de dinero durante su embarazo.

Por favor, lea cada una de las siguientes frases y díganos si durante su último embarazo lo que se dice fue cierto CON FRECUENCIA, A VECES o NUNCA.

63. A. "La comida que compraba no me alcanzaba y no tenía dinero para comprar más." Durante su último embarazo, ¿fue eso cierto con frecuencia, a veces o nunca?

- [1] ❑ Con frecuencia
- [2] ❑ A veces
- [3] ❑ Nunca
- [4] ❑ No sabe

B. "Yo no tenía dinero suficiente para comprar comidas balanceadas." Durante su último embarazo, ¿fue eso cierto con frecuencia, a veces o nunca?

- [1] ❑ Con frecuencia
- [2] ❑ A veces
- [3] ❑ Nunca
- [4] ❑ No sabe

64. A. Durante su embarazo, ¿tuvo alguna vez que comer menos o no comer algunas veces porque no tenía dinero suficiente para comprar alimentos?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 65**
- [3] ❑ No sabe ⟶ **Pase a la pregunta 65**

B. ¿Con qué frecuencia le pasó eso?

- [1] ❑ Casi todos los meses
- [2] ❑ Algunos meses pero no casi todos los meses
- [3] ❑ De 1 a 2 meses
- [4] ❑ No sabe

65. A. Durante su embarazo, ¿tuvo alguna vez que comer menos de lo que pensaba que era suficiente porque no tenía dinero suficiente para comprar comida?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No
- [3] ❑ No sabe

B. Durante su último embarazo, ¿se quedó alguna vez con hambre y no comió porque no le alcanzaba el dinero para comprar comida?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No
- [3] ❑ No sabe

66. A. ¿Recibió usted ayuda de WIC en cualquier momento durante su último embarazo? (WIC es el programa de alimentación suplementaria: Women, Infants, and Children)

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No

B. ¿Han recibido usted o su nuevo bebé WIC desde que nació su bebé?

- [1] ❑ Sí
- [2] ❑ No

67. A. ¿Cuál fue el total de sus ingresos familiares en el 2005 **antes de pagar impuestos**? Por favor, marque el cuadro de abajo que incluya todos los ingresos de su hogar, incluyendo sus ingresos, los ingresos de su esposo o pareja (si vivía con usted en 2005) y los de sus hijos.

Por favor, incluya todos sus ingresos, incluyendo los provenientes de su empleo, bienestar social (welfare), Seguro de Incapacidad (disability), Seguro de Desempleo, pagos para la manutención infantil ("child support"), intereses, dividendos, y ayuda de familiares.

PARA EL AÑO 2005

[1] ❑	$0	a	$13,000
[2] ❑	$13,001	a	$16,000
[3] ❑	$16,001	a	$19,000
[4] ❑	$19,001	a	$23,000
[5] ❑	$23,001	a	$26,000
[6] ❑	$26,001	a	$29,000
[7] ❑	$29,001	a	$32,000
[8] ❑	$32,001	a	$39,000
[9] ❑	$39,001	a	$45,000
[10] ❑	$45,001	a	$48,000
[11] ❑	$48,001	a	$52,000
[12] ❑	$52,001	a	$58,000
[13] ❑	$58,001	a	$64,000
[14] ❑	$64,001	a	$68,000
[15] ❑	$68,001	a	$78,000
[16] ❑	$78,001	a	$87,000
[17] ❑	$87,001	a	$90,000
[18] ❑	$90,001	a	$103,000
[19] ❑	$103,001	a	$117,000
[20] ❑	$117,001 o más		

B. Si no puede elegir una de las categorías anteriores, por favor díganos cuál fue el promedio de sus ingresos mensuales en el 2005 antes de impuestos.

$_____al mes

68. Pensando en el 2005 -- antes de que su bebé naciera -- ¿cuántas personas vivían con estos ingresos?

_____número total de personas

69. Generalmente, durante su último embarazo, ¿qué tan difícil fue para usted y su familia vivir con los ingresos que recibían?

[1] ❑ Muy difícil
[2] ❑ Algo difícil
[3] ❑ No muy difícil
[4] ❑ Nada difícil

70. En términos generales, ¿cómo fue la experiencia de su embarazo? **Marque la respuesta más apropiada.**

[1] ❑ Uno de los períodos más felices de mi vida
[2] ❑ Un período feliz sin muchos problemas
[3] ❑ Un período algo difícil
[4] ❑ Un período muy difícil
[5] ❑ Uno de los períodos más difíciles de mi vida

Hay algo más que usted quisiera contarnos acerca de su embarazo o su nuevo bebé?

_____

_____

_____

Pase a la siguiente página.

Gracias por responder a estas preguntas. Sus respuestas nos

ayudarán a mejorar la salud de las madres y sus bebés.

71. Nos gustaría enviarle un cheque de $10 como agradecimiento por su ayuda en este importante estudio. Con el fin de estar seguros que nuestra información es correcta y que el cheque le llegue, por favor incluya su nombre y dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____ # de Apto. ___

_____

Ciudad Estado Código Postal

Sólo marque este cuadro si no desea participar en la rifa de $250.

❑ Por favor, no deseo participar en la rifa de $250.

72. Esperamos tener la oportunidad de hacer otro estudio cuando su bebé tenga un año de edad. El siguiente estudio será más corto y recibirá un regalo si decide participar. Al igual que en el presente estudio, su participación en cualquier estudio futuro será completamente voluntaria.

A. Si dentro de unos meses llevamos a cabo otro estudio, ¿podríamos ponernos en contacto con usted? (Aunque usted responda que sí en este momento, podrá decidir no participar más adelante.)

[1]❑ Sí [2]❑ No ⟶ **Pase a la pregunta 73 en la próxima página**

La información que se incluye a continuación sólo tiene el objetivo de poder comunicarnos con usted para nuestro próximo estudio.

B. ¿Cuál es el número telefónico de su hogar?

(_____) _____

C. ¿Cuál es el número telefónico de su trabajo?

(_____) _____ [0]❑ No trabajo fuera de la casa

D. En caso de que se mudara o nos fuera imposible comunicarnos con usted, por favor denos el

Esta página será separada cuando recibamos esta encuesta

nombre, dirección y número telefónico de dos personas que no vivan con usted y que siempre puedan localizarla.

Persona #1:

Nombre: _____

Dirección: _____ # de Apto. ___

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número telefónico: (_____) _____

¿Cuál es su relación o parentesco con esta persona?

_____

Persona #2:

Nombre: _____

Dirección: _____ # de Apto. ___

_____
Ciudad Estado Código Postal

Número telefónico: (_____) _____

¿Cuál es su relación o parentesco con esta persona?

_____

73. Si hay cualquier otra cosa que quiera decirnos sobre la salud de las madres y bebés de California, o sobre esta encuesta, por favor, escribala aquí.

MUCHAS GRACIAS POR SU AYUDA

Ahora, por favor enviénos este cuestionario por correo en el sobre que incluimos.
No necesita estampillas o timbres postales.

Esta página será separada cuando recibamos esta encuesta